

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書
（病院又は診療所）

保険医療機関	名称（医療機関コード）	()
	所在地	
	連絡先電話番号及び 連絡先電子メールアドレス	@
開設者	住所	
	氏名又は名称	
標榜している診療科目※		
主として担当する医師の氏名		
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号）第 60 条第 1 項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所 氏名又は名称 電話番号</p> <p>（あて先）千葉市長</p>		

※ 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。

(別紙)

経 歴 書

姓 名	①	生年月日	
現住所			
年月日	任	免	事 項